Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.06.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	███

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
    - Lars Schaade
    - Lothar Wieler
- AL1
    - Martin Mielke
- AL3
    - Osamah Hamouda
- ZIGL
    - Johanna Hanefeld
- FG12
    - ███
    - ███
- FG14
    - ███
- FG17
    - ███
- FG 32
    - ███
    - ███
- FG34
    - ███
    - ███
- FG36
    - ███
- FG37
    - ███
- IBBS
    - ███
- Presse
    - ███
- ZIG1
    - ███
- BZGA
    - ███

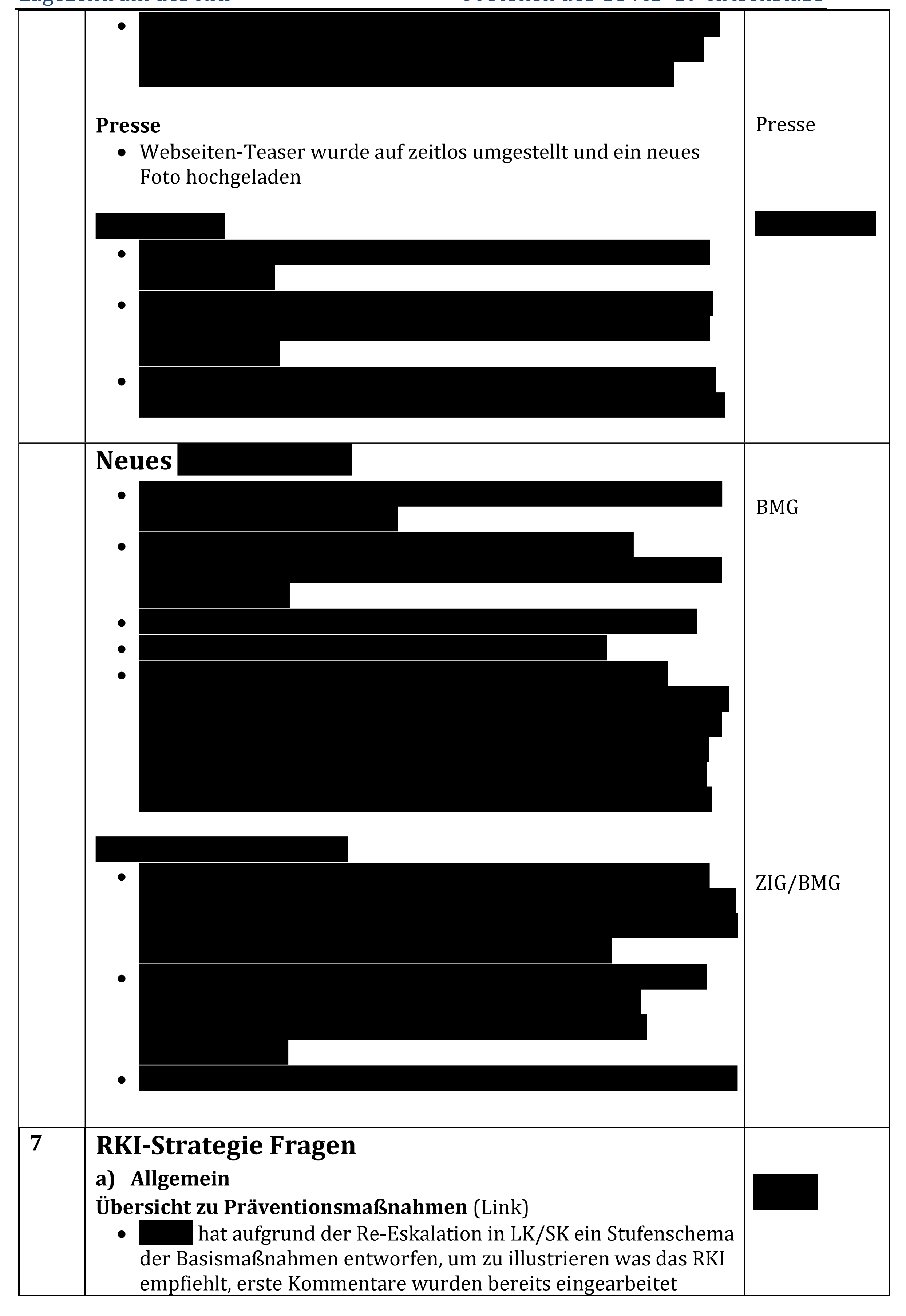
- Bundeswehr
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: >9 Mio. Fälle und >470.000 Todesfälle ▪ Bei allen 10 schwankt R-Wert um 1, Russland und Pakistan zeigen abnehmenden Trend, alle anderen ansteigend ▪ Top 3 Brasilien, USA und Indien weisen ungefähr die gleiche Verdopplungszeit vor, alle drei haben >70.000 neue Fälle/letzte 7 Tage ▪ <u>Brasilien</u>: Peak beruht auf Nachmeldungen aufgrund von Meldeverzug, die Lage bleibt angespannt, Positivanteil je nach Provinz bis zu 31% ▪ <u>Indien</u>: Maßnahmenlockerung aus wirtschaftlichen Gründen, darauf folgender Fallzahlanstieg, Gesundheitseinrichtungen stehen unter Druck, ein mobiles Labor ist verfügbar aber ungenügend ▪ <u>USA</u>: Fallzahlen ansteigend in vielen Staaten, z.B. Kalifornien, Texas, etc. teilweise wurden hier vor kurzem Lockerungen eingeführt wurden ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: 16 Länder in Europa, Asien und Amerika ▪ Neu auf dieser Liste sind Bolivien und San Marino, die anderen sind gleich geblieben ▪ <u>Saudi Arabien</u>: seit Sonntag Lockerungen, der Hadsch im Juli wird stark eingeschränkt, nur 1.000 Pilger aus Saudi Arabien sind geplant ○ Veränderung 7-Tages-Inzidenz zur vorhergehenden ▪ <u>Australien</u>: lange stabile und gute Situation, nun vermehrt Ausbrüche z.B. in Quarantänehotels und in Familienfällen, 1. Todesfall nach >1 Monat ohne, steigende Fallzahlen ▪ <u>Südkorea</u>: erneuter Schub von autochthonen Fällen, z.B. unter Menschen die zur Arbeit, in Gebetshäuser und Clubs gehen; außerhalb von Seoul nur geringe lokale Übertragungen ▪ <u>Amerikanischer Kontinent</u>: besorgniserregende Entwicklungen, Hälfte der Fälle weltweit ○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, wenig neues im Vergleich zu letzter Woche ▪ Peaks in Irak und Chile sind auf Meldeverzug bzw.- Nachmeldungen von Fällen zurückzuführen	 ZIG1

	▪ Die Trends sind generell gleich geblieben ▪ In mehreren Ländern werden aus wirtschaftlichen Gründe die Maßnahmen gelockert was zu Fallzahlanstieg führt ○ WHO Ankündigung: Influenzasaison startet langsam in der Südhalbkugel, Kapazitätenprobleme sind möglich ○ Es gibt unter den anwesenden keine neuen Informationen zur Frage Saisonalität (auch wegen der beginnenden Influenzasaison) ○ Kapazitätenmonitoring GA: gestern im Bericht wurde kein Kreis als überlastet angezeigt ○ Bitte: Vorsicht mit dem Begriff „zweite Welle", nicht jeder Fallzahlanstieg stellt eine zweite Welle dar, die Terminologie sollte vorsichtig verwendet werden	
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 191.449 (+587), davon 8.914 (4,7%) Todesfälle (+19), Inzidenz 230/100.000 Einw., ca. 176.300 Genesene ○ R-Werte bleiben beide erhalten, 0,72 und 1,17 (7-T) ○ 7-Tages-Inzidenzen: hoch und über Durschnitt in BE, NW, HB ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ Warendorf und Gütersloh sind seit gestern beide im Lockdown	FG32
	• SARS-CoV in ARS (Folien hier) ○ Letzte Woche mehr Fälle, Wochenauswertung ist noch nicht verfügbar, Anzahl der Testungen ist dabei auf gleichem Niveau und relativ hoch geblieben ○ Tagesweise Spitzen stellen Testungen im Rahmen von Reihenuntersuchungen dar (bundesweit und auch in den BL), Positivanteil insgesamt um die 1% ○ Testungen nach Altersgruppe und KW: >80-jährige werden relativ gesehen am meisten getestet, Anstieg der Testungen bei Kindern, was durch Testungen in Schulen erklärt werden könnte ○ In allen Altersgruppen ist die Positivität (deutlich) <5%, auch bei Kindern scheint sich auf diesem Niveau einzupendeln ○ Nächste Woche präsentiert [geschwärzt] mehr zur Serologie	FG37
	• Kosten Coronatestungen ○ Ab 01.07. ändern sich die Kosten für Coronatestungen (von 59 auf 39 Euro), die Kassen haben dies bewirkt und der Bewertungsausschuss hat nun Sorge, dass hierdurch (sinkende Vergütung?) eventuell die	AL1

	Kapazitäten bei Vertragslaboren zurückgefahren werden ○ Ein Expertenrat wurde berufen und AL1 hat eine Anfrage an die betroffenen RKI-MA geschickt ([redacted] Abt. 3/FG37) ob eventuell Einschätzungen zu den diesbezüglichen Auswirkungen möglich sind ○ Dies wird auch heute beim Treffen der AG Diagnostik besprochen ○ Wenn sich im Testverhalten etwas ändert wird dies in ARS zu sehen sein, Änderung wird nicht erwartet ○ Generell besprechen welche Daten in welcher Form herausgegeben werden sollen • Darstellung von Ausbrüchen und nach BL aus den RKI-Daten (Folien von [redacted]) ○ Visualisierung des Verlaufs der Fallzahlen und der übermittelten Fälle mit Ausbruchs-ID ○ Der Anteil von Fällen in Ausbrüchen in den Meldedaten wächst, der von Ausbrüchen mit unbekanntem Setting nimmt ab ○ [redacted] ○ Fälle in Ausbrüchen in Altenheimen, KKH und medizinischen Einrichtungen sind stark zurückgegangen, welches eine wichtige Erfolgsgeschichte darstellt da hier die vulnerabelsten Gruppen betroffen sind, diese sind einfach zu klassifizieren ○ Es gibt Meldeverzug generell und auch aus Gütersloh ○ Oft wurden keine Ausbrüche angelegt, bzw. teilweise Ausbrüche für nur einen Fall angelegt um Kontakte zu erfassen ○ Die Latenz zwischen Fallerkennung und Ausbruchs-anlage im System müsste noch ausgewertet werden ○ Interessant zu analysieren wäre der Zusammenhang zwischen der Verbreitung in der Allgemeinbevölke-rung und Ausbrüchen, z.B. in Heimen? Gibt es Hinweise darauf, dass das Personal COVID-19 in die Heime bringt? Dies wurde noch nicht ausgewertet und sollte anhand von lokalen Daten analysiert werden, im KKH war sichtbar, dass es teilweise von außen hereingetragen wurde, dies kann einzeln lokal ausgewertet werden ist aber nicht generalisierbar *To Do: Freitag Präsentation von [redacted] zum Nowcasting für die letzten 30 Tage und von [redacted] (FG31) zum Thema Signale*	FG34
2	**Internationales** **(nur freitags)**	

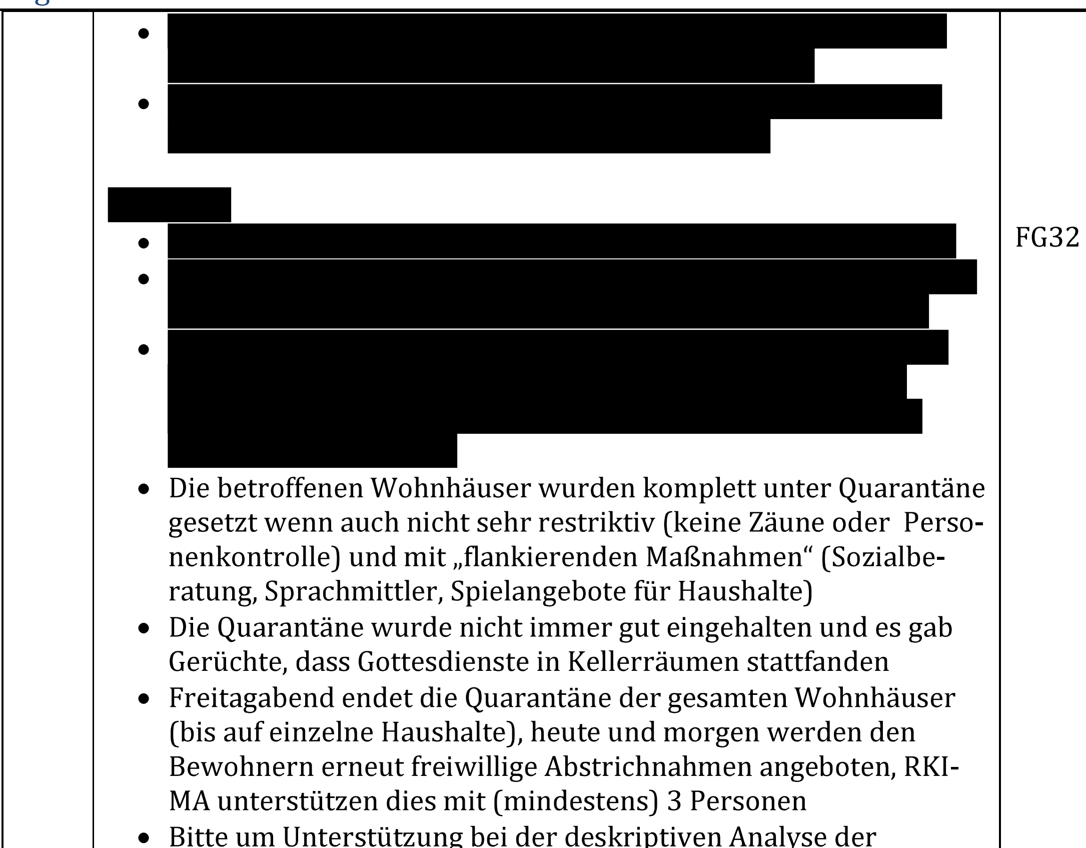
	• Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Neues aus der Wissenschaft** **AK-Nachweis nach Infektion** (Folien hier) • [redacted] hat diverse Studien zu SARS-CoV 1 und SARS-CoV-2 ausgewertet und die Ergebnisse zusammengefasst • Daten von 2007 zu SARS-CoV 1 von Personen die 36 Monate lang nachverfolgt wurden: IgG nach 4 Monaten auf Höhepunkt und danach Abfall, IgG(neutralisierende Antikörper nach 30/36 Monaten bei Großteil nicht mehr nachweisbar • Unterschied intensivpflichtige (ITS) bzw. non-ITS Fällen: bei ITS Titer insgesamt deutlich höher, eher Spike-IgG Antwort, bei non-ITS eher Nucleocapsid-IgG Antwort • Ebenfalls Darstellung von IgM & IgG Antwortarten (stark, schwach, kein Ig messbar) und zeitlichem Verlauf (s. Folien) • Fazit: es sind viel mehr Daten und Serostudien (auch Vergleich von symptomatisch und asymptomatisch Infizierten) notwendig, ein Immunitätspass erscheint nicht sinnvoll • Diskussion ○ Zu neurologischen Langzeitwirkungen ist aktuell sehr wenig verfügbar ○ Generell sind die verfügbaren Daten schwer zu interpretieren aufgrund verschiedener Methoden, die Untersuchungen wurden mit unterschiedlichen ELISAs gemacht, deswegen nicht/nur sehr begrenzt vergleichbar, die benutzten Cutoffs sind nicht validiert ○ Immunologisches Gedächtnis: hierzu werden in einer größeren Studie der Charité Daten erhoben, im Herbst sollte es mehr Informationen geben, aktuell ist es zu früh, konkretes sagen zu können ○ Bezug Seroprävalenzstudien: wenn Antikörper nicht mehr nachweisbar sind, kommt es zur Unterschätzung der Prävalenz in der Bevölkerung? Dies ist wahrscheinlich, ggf. gibt es bei der Vorstellung der Seroprävalenz-Daten nächste Woche mehr Klarheit	FG12
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Warten auf Signal von BMG	
6	**Kommunikation** [redacted] • [redacted]	[redacted]



	• **Presse** • Webseiten-Teaser wurde auf zeitlos umgestellt und ein neues Foto hochgeladen • • •	 Presse
	Neues • • • • • • • •	BMG ZIG/BMG
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Übersicht zu Präventionsmaßnahmen** (Link) • hat aufgrund der Re-Eskalation in LK/SK ein Stufenschema der Basismaßnahmen entworfen, um zu illustrieren was das RKI empfiehlt, erste Kommentare wurden bereits eingearbeitet	

	• Generell sollen die ersten Blöcke antiepidemischer Maßnahmen aktiv empfohlen werden, ab einer bestimmter Fallzahl-Größe sind neben klassisch epidemiologischen Maßnahmen auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen sinnvoll Meinungsbild: • 1. Darstellung und Ebenen-Einstufung der Maßnahmen o Eine Gewichtung zur Absage von Veranstaltungen könnte eingebaut werden, niederschwelliger bzw. vielleicht stufenweises Vorgehen o Nicht ganz deutlich: „Generelles Tragen von MNS in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeheimen“, außerdem Erwähnung von AHA-Regeln o Schankwirtschaften sollen nicht auf ein Level mit Clubs gesetzt werden sondern weiter nach unten (um nicht mit Clubs alle Gastwirtschaften zu schließen) o Die dargestellten Maßnahmen sind unterschiedlich bindend, Empfehlungen und rechtlich bindende werden mehr oder weniger gleichgesetzt, dies könnte noch unterschieden werden • 2. mögliche weitere Abstimmung und Veröffentlichung o Das Dokument bietet eine gute Diskussionsgrundlage und sollte mit den Ländern diskutiert werden o RKI-Empfehlungen werden jetzt schon häufig verallgemeinert, es besteht die Gefahr, dass es zu sehr vereinfacht und falsch umgesetzt wird o Wenn es veröffentlicht wird, passt es zu der neuen Strategie, die durch ZIG entwickelt wird, Publikation könnte zeitgleich anvisiert werden o Besser klare Kommunikation als Mutmaßungen bezüglich der RKI-Haltung zu stimulieren o Es muss betont werden, dass es keine Einzelmaßnahmen sondern komplementäre Maßnahmenpakete sein sollen o Vor der Publikation wäre eine Diskussion mit anderen Fachgruppen sinnvoll, um Abstimmung zu erreichen und andere Meinungen mit zu berücksichtigen, zu vielen der Punkten gab es bereits Kommunikation (Anfragen und Antworten), die einen Beleg für die Wichtigkeit und Evidenz (bzw. Mangel von Evidenz) liefert • Next steps o Dokument wird zügig angepasst und mit Expertengruppen abgestimmt **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Flussschema für Ärzte, Testkriterien und Maßnahmen** • Es gab Bitten das Flussschema anzupassen:	

	• 1. aus HB zu Verweis auf Infos zu Kontaktpersonen der Kat I ○ Diese Personen kommen nicht zum Arzt und landen eigentlich beim GA (welches den Status KP festlegt) ○ Das Flussschema Dokument bezieht sich auf symptomatische Personen • [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • Online gibt es erweiterte Empfehlungen für ÄrztInnen zu Risikobewertungen • Es gibt vereinzelte Anfragen von ÄrztInnen, die nicht zufrieden sind sich alle Informationen zusammensuchen zu lassen und sich eine gesammelte Darstellung wünschen → können auf KV-en hingewiesen werden, die Informationen auch aufbereiten	
9	**Labordiagnostik** **AGI Sentinel** • Sentinel Untersuchungen laufen auf normalem Niveau der Sommersurveillance, ca. 10 Einsendungen pro Tag, Testungen finden 1-2 mal pro Woche statt, am Montag wurde zum 1. Mal Parainfluenza nachgewiesen	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Viele inhaltliche Rückmeldungen zu den Entlassungskriterien aus der STAKOB die jetzt eingearbeitet werden und dann zur Kommentierung kommen • Anfrage aus Berlin zur Verkürzung der Isolierung <10d wurde geklärt, diese bezog sich auf ein spezifisches Setting und sollte nicht als generelle Empfehlung gelten • Entlasskriterien werden zeitnah, ggf. Freitag, erneut besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt]	FG32

	 • Die betroffenen Wohnhäuser wurden komplett unter Quarantäne gesetzt wenn auch nicht sehr restriktiv (keine Zäune oder Personenkontrolle) und mit „flankierenden Maßnahmen“ (Sozialberatung, Sprachmittler, Spielangebote für Haushalte) • Die Quarantäne wurde nicht immer gut eingehalten und es gab Gerüchte, dass Gottesdienste in Kellerräumen stattfanden • Freitagabend endet die Quarantäne der gesamten Wohnhäuser (bis auf einzelne Haushalte), heute und morgen werden den Bewohnern erneut freiwillige Abstrichnahmen angeboten, RKI-MA unterstützen dies mit (mindestens) 3 Personen • Bitte um Unterstützung bei der deskriptiven Analyse der vorhandenen Daten um nachzuvollziehen und zu evaluieren, was passiert ist und welche Handlungsempfehlungen sich daraus ergeben, sowie mögliche Signalfrüherkennung und Cutoffs • RKI Team hat den Datensatz erhalten der allerdings suboptimal ist, viele Fragen aufwirft und möglicherweise nicht so viele Antworten liefern kann • Auch Bedarf an SurvNet Unterstützung, Kontakt wird erstellt • Testung der neuen Abstriche durch ZBS1 wurde organisiert	FG32
	Testungen in Schulen und Kitas • Fragen zu Testungen in Schulen und Kitas nehmen zu und werden auch in der AG Diagnostik diskutiert, u.a. auf BMG-Einladung mit Vertretern von BMFSJ • AG Diagnostik, Fachgesellschaften und Verbände haben sich für symptombasierte Testung ausgesprochen, die auf Widerstand bei KinderärztInnen stößt (wegen ARE-Saison ab Herbst) • Anlasslose Testung wird diskutiert, doch Umgang damit bleibt unklar • Die Corona-Kita-Studie thematisiert viele dieser Aspekte • RKI-Ansatz: bei entsprechender Symptomatik soll Diagnostik erfolgen, wenn Kinder mit Symptomen und COVID-19-Nachweis in Einrichtung (Schule, Kita) waren, ist es eine potentielle Ausbruchssituation, dann sollten aufgrund der hohen Raten an asymptomatischen Fällen auch KP im engen Kreise getestet werden	AL1

	• Anlasslose regelmäßige Testung wird eingebracht um den Lehrern (ggf. auch in Risikogruppen) Sicherheit zu geben, sollte gut differenziert diskutiert werden • Berlin hat stichprobenartig in Schulen getestet, wenn so Geschehen identifiziert werden ist es ein Tool/Methode, um sensitiv Cluster zu erkennen **Wiederaufnahme Schulbetrieb nach der Sommerpause** • Expertenrunde Influenza gestern: Konsens darüber, dass es noch nicht Zeit ist, ohne jegliche Maßnahmen wieder in den normalen Schulbetrieb einzusteigen, geht aus fachlicher Haltung noch nicht • Abstimmung mit Ländern steht noch aus	AL1
12	**Surveillance** • Vorbereitung der nächsten SurvNet Version mit zusätzlichen Variablen (z.B. Infektionsumfeld) • DEMIS: weitere Einbindung von GA • SORMAS bindet gewisse RKI-Kapazitäten	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Reiseverkehr und die damit verbundene, grenzüberschreitende KoNa nimmt wieder zu • Diskussion Maske vs. Mundschutz läuft weiter und wurde auch in der AGI besprochen, nun soll durch die IGV-PoE GA Gruppe eine Empfehlung vorbereitet werden • [geschwärzt] • [geschwärzt]	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 26.06.2020, 11:00 Uhr, [geschwärzt]	